

Helse

Er helsen avhengig av hvor vi bor?

Helse og helserelatert livsstil gjenspeiles blant annet i de regionale dødelighetstallene og hva innbyggerne selv sier om egen helse. Dødeligheten har gått ned, mest i Oslo og Akershus, minst i Hedmark og Oppland, viser tall for 2003-2007. Oslo og Akershus har også færrest røykere, men hver fjerde innbygger drikker alkohol minst to ganger i uka. Finnmark toppe fortsatt statistikken for røykere. Og alle landsdeler har fått en markant økning i polikliniske konsultasjoner for psykisk helsevern.

Helse er et viktig og prioritert politisk tema i Norge – dette vises gjennom den store økningen i kostnader på området. Helse blir debattert overalt – både i TV, aviser og blant folk flest. Og det gjelder hele helsesektoren, spesialisthelsetjenester og primære helsetjenester. De primære helsetjenestene består av allmennlegetjenester og pleie- og omsorgstilbud for eldre og funksjonshemmede.

Den statlige og kommunale helsepolitikken er en viktig del av den norske velferdsstaten. En sentral målsetting for staten er å sikre hele befolkningen, uavhengig av bosted, tilgang på helsetjenester av god kvalitet. For å oppnå dette har flere viktige helsepolitiske reformer, blant annet etablering av helseforetak og fritt sykehusvalg, blitt satt ut i livet. At det skal være likhet i helsetilbudet, og ikke minst at helsetilbud oppfattes likt av befolkningen i Norge, uavhengig av bosted, er et overordnet mål for velferdsstaten.

Har bosted betydning for helsetilbudet? Det finnes regionale ulikheter i helse, som gjenspeiles i vurdering av egen helse og sykdom (levetårundersøkelsene, Statistisk sentralbyrå), og i de regionale tallene for dødelighet. Dessuten viser statistikken at det er regionale ulikheter i tilbud til befolkningen innenfor primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Flest som røyker i Finnmark

På 1970-tallet var annenhver voksne mann dagligrøyker, mens tilsvarende andel for kvinner var en av tre. Etter den tid har andelen dagligrøykere blant menn falt i noen perioder og vært konstant i andre. Blant kvinner holdt andelen som var dagligrøykere seg tilnærmet konstant helt fram til årtusenskiftet. Siden midt på 1990-tallet har det vært liten kjønnsforskjell i røykevanene. Etter tusenårsskiftet har andelen dagligrøykere blitt vesentlig redusert både blant kvinner og menn og er nå bare på vel 20 prosent. Denne nedgangen skjedde samtidig med at det ble innført sterkere restriksjoner på hvor det var tillatt å røyke, særlig har nok røykeforbudet på serveringssteder spilt en rolle.

Siden 1990-tallet har det blitt færre dagligrøykere i alle landsdeler (se tekstboks for inndelinger etter landsdeler) og fylker, både blant kvinner og menn. Det er færre røykere i Oslo og Akershus sammenliknet med landet ellers, og

*Jens-Kristian Borgan og
Anne Gro Pedersen*



Jens-Kristian Borgan er aktuar og statistikkrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.
(jens-kristian.borgan@ssb.no)

Anne Gro Pedersen er cand.mag. i statsvitenskap og prosjektleder i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.
(anne.gro.pedersen@ssb.no)

Datakilder

Artikkelen bygger blant annet på levetårundersøkelsene fra 1998, 2002 2005 og 2008, hvor de som blir intervjuet, er i alderen 16 år og over. I tillegg er Statistisk sentralbyrås (SSB) undersøkelser om tobakksbruk, SSBs pleie- og omsorgsstatistikk, SSBs dødsårsaksstatistikk og SSBs spesialisthelsetjenestestatistikk med.

Landsdeler. Omfatter fylkene

Oslo og Akershus	02 Akershus og 03 Oslo
Hedmark og Oppland	04 Hedmark og 05 Oppland
Sør-Østlandet	01 Østfold, 06 Buskerud, 07 Vestfold og 08 Telemark
Agder og Rogaland	09 Aust Agder, 10 Vest-Agder og 11 Rogaland
Vestlandet	12 Hordaland, 14 Sogn og Fjordane og 15 Møre og Romsdal
Trøndelag	16 Sør-Trøndelag og 17 Nord-Trøndelag
Nord-Norge	18 Nordland, 19 Troms og 20 Finnmark

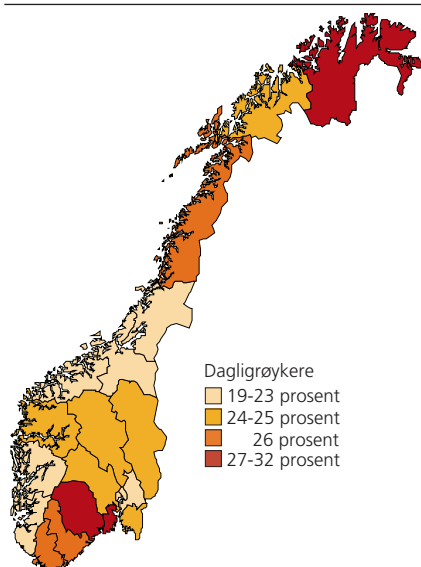
flest i Nord-Norge, særlig i Finnmark. Andelen røykere i Finnmark er 50 prosent høyere enn i hovedstadsregionen (se figur 1).

Hver fjerde i Oslo og Akershus drikker ofte

Drikkevanene har et helt annet mønster enn røykevanene. I overkant av hver tiende nordmann drakk på slutten av 1990-tallet alkohol minst to ganger i uka. Denne andelen har steget til om lag en av seks etter tusenårsskiftet. Det er også forskjeller

mellom kjønnene. Andelen menn som drikker alkohol ofte, har de siste ti åra vært om lag 10 prosentpoeng høyere enn blant kvinner.

Figur 1. Dagligrøykere, etter region og tid. 2004-2008



Kilde: Røyking i Norge, Statistisk sentralbyrå. Kartgrunnlag: Statens kartverk.

Mens det er færrest dagligrøykere i hovedstadsområdet, er bildet motsatt når vi ser på folks drikkevaner. Hver fjerde voksne i Oslo og Akershus drikker alkohol minst to ganger i uka. Dette er en dobbelt så stor andel som i Hedmark og Oppland. Personer i aldersgruppa 45-66 år drikker oftere alkohol enn de eldre og de yngre. At andelen er lavere blant de eldre kan til dels være en generasjonseffekt, da disse kan ha drukket mindre enn dagens middelaldrende, den gang de tilhørte denne aldersgruppa.

Menn er mest overvektige

Menn er mest overvektige, og andelen øker. Andelen med BMI høyere enn 30, som vi definerer som fedme, har ifølge levekårsundersøkelsen steget fra 7 til 11 prosent i løpet av de siste ti åra. Blant kvinner er økningen mindre, (fra 6 til 8 prosent). Det er flest overvektige i aldersgruppa 25-66 år. Det er også i denne gruppa at økningen er størst. Blant de yngste, under 25 år, er det få overvektige, mens det faktisk er registrert en nedgang i fedme blant kvinner over 67 år.

Det er færrest overvektige i Oslo og Akershus, med en andel på 8 prosent, mens de øvrige landsdelene ikke avviker særlig fra landsgjennomsnittet, som er 10 prosent for begge kjønn sett under ett.

Fire av fem vurderer egen helse som god

Det er langt flere som regner sin helse som meget god eller god, sammenliknet med dem som regner helsen som dårlig eller meget dårlig. I alle de fire helseundersøkelsene fra 1998 til 2008 oppga 81 prosent at de hadde god eller meget god helse, mens bare 6 prosent oppga at helsen var dårlig eller meget dårlig. Menn rapporterer noe bedre helse enn det kvinner gjør. Det er ikke store forskjeller i selvrapportert helse mellom landsdelene. Folk i Nord-Norge rapporterer imidlertid noe dårligere helse enn de andre landsdelene. I 2008 rapporterte 77 prosent å ha god eller meget god helse, og 10 prosent i denne landsdelen rapporterte at helsen var dårlig eller meget dårlig.

Flest liggedager i nord

Det var 819 liggedager per 1 000 innbyggere ved somatiske sykehus i 2008, dette er en nedgang fra tidligere år. I 1989 var gjennomsnittlig liggetid per døgnopphold 7,5 dager, i 2000 var den 6,0 dager, mens den var nede i 4,8 dager i 2008. Akershus, Vest-Agder og Rogaland er fylkene med færrest liggeda-

ger per 1 000 innbyggere den siste tiårsperioden, mens Nordland, Sogn og Fjordane og Telemark hadde flest.

Alderssammensetningen i fylkene har betydning for antall liggedager, da eldre oftere er langvarig syke enn unge mennesker. Den lave gjennomsnittsalderen på befolkningen i Rogaland og den høye i Sogn og Fjordane er sterkt medvirkende til det høye tallet på liggedager i Sogn og Fjordane og det lave i Rogaland. Andelen kvinner i alderen 20-40 år kan spille en viss rolle, da fødsler og svangerskap foranlediger mange liggedager.

Ulikhetene mellom fylkene når det gjelder liggedager, kan i noen grad være et uttrykk for regionale helseforskjeller. En annen årsak kan være ulik praksis mellom sykehusene med hensyn til når en pasient regnes som utskrivningsklar, og hvor raskt kommunene kan motta pasienter som trenger pleie eller opptrening etter sykehusoppholdet. En annen medvirkende faktor kan være at større reiseavstander til sykehusene lenger nord gjør at det kan bli ekstra overnattinger, der alternativet kunne vært et kortere døg-nopphold eller behandling som dagpasient om pasienten bodde nærmere sykehuset.

Av alle årsaker til innleggelse er det hjerte- og karsykdommer som genererer flest liggedager på sykehus. Antall liggedager per 1 000 innbyggere forårsaket av hjerte- og karsykdommer er spesielt høyt i Telemark samt fylkene fra Sogn og Fjordane og nordover, med unntak av Nord-Trøndelag, som er på noenlunde samme nivå som fylker lenger sør. De regionale forskjellene gjelder spesielt de over 40 år, både menn og kvinner. Opphold forårsaket av skader og forgiftninger har den samme regionale tendensen som hjerte- og karsykdommer – antall liggedager per 1 000 innbyggere er generelt høyere jo lenger nord i landet man kommer.

Ved innleggelser og liggedager forårsaket av kreft eller lungesykdommer er bildet mer varierende. Her har Telemark høyest antall liggedager per 1 000 innbyggere i 2008, mens Vest-Agder har færrest, men det er ingen store geografiske forskjeller.

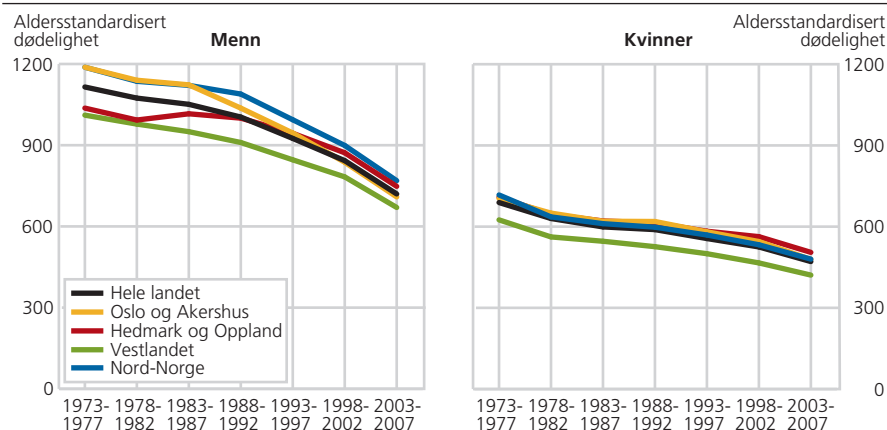
Færre dør av hjerte- og karsykdommer

Så langt tilbake det finnes statistikk, er det påvist regionale forskjeller i dødeligheten i Norge (se tekstboks). I tidligere tider var dødeligheten langt høyere i byer enn på landet (Borgan 2007). Dette har nå nærmest jevnet seg ut, men det er fortsatt ulikheter mellom de ulike landsdelene. Fra 1970-tallet ser vi en sterk nedgang i dødeligheten fordi færre nå dør av hjerte- og karsykdommer (se figur 2 og 3).

Siden midt på 1970-tallet har dødeligheten, målt med aldersstandardisert dødelighet, blitt redusert med om lag en tredel. Aldersstandardisert dødelighet er her definert ut fra Verdens helseorganisasjons (WHO) europeiske standard (se tekstboks for definisjon). Den ble redusert fra vel 1 100 til vel 700 per 100 000 innbyggere blant menn, og fra knapt 700 til knapt 500 for kvinner, fra tidlig 1970-tall til tidlig 2000-tall. Det meste av denne nedgangen, særlig blant menn, har kommet etter 1990. Selv om det har vært en vesentlig reduksjon i dødeligheten i alle landsdeler, er det likevel klare forskjeller. I hele pe-

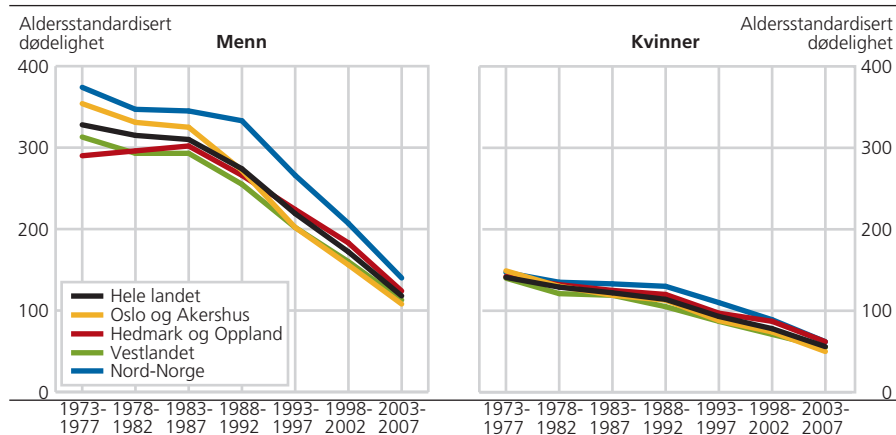


Figur 2. **Aldersstandardisert dødelighet av alle dødsårsaker, etter kjønn og landsdeler. 1973-2007**



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbvrå.

Figur 3. **Aldersstandardisert dødelighet av iskemiske¹ hjertesykdommer, etter kjønn og landsdeler. 1973-2007**



¹ Sykdommer som reduserer oksygentilførselen til et organ.
Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbvrå.

rioden har Vestlandet vært landsdelen med den laveste dødeligheten, mens Nord-Norge har hatt den høyeste.

Dødeligheten av hjerte- og karsykdommer, og særlig iskemiske hjertesykdommer (hjerterinfarkt med videre) blant menn, steg sterkt i hele etterkrigstiden fram til tidlig 1970-tall. Da snudde denne trenden, og det har siden vært en sterk nedgang i dødeligheten av disse dødsårsakene. Kvinner har hatt samme utvikling, bortsett fra at trenden snudde ti år tidligere.

Den relative reduksjonen i hjerte- og kar-dødeligheten fra 1970-tallet til i dag har vært nokså parallell blant kvinner og menn, med en reduksjon på om lag 55 prosent. Siden flere menn enn kvinner dør av disse sykdommene, har nedgangen i dødelighetsratene, målt med absolutte tall, vært klart høyere blant menn enn blant kvinner. Ratedifferansen var 307 per 100 000 innbyggere for menn og 178 for kvinner

KOLS blant menn tar færre liv
Årsaken til KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er hovedsakelig røykerelatert. For menn steg nivået på den aldersstandardiserte dødsraten av KOLS fra midten av 1970-tallet med to tredeler over en 25-årsperiode. Utviklingen etter 2000 kan tyde på

en nedgang i dødeligheten av KOLS blant menn. Blant kvinner ser vi ennå ikke tegn til noen nedgang. Dette kan skyldes at andelen dagligrøykere blant menn begynte å synke allerede på 1970-tallet, mens den samme trenden blant kvinner først viste seg etter tusenårsskiftet.

Dødeligheten av ulykke har avtatt både blant menn og kvinner. Den mindre økningen som er observert for den siste femårsperioden, skyldes at fra 2003 er enkelte overdosedødsfall registrert som ulykke. Tidligere ble slike dødsfall registrert som psykiske lidelser.

Både blant menn og kvinner var selvmordsdødeligheten høyest på slutten av 1980-tallet. Siden har denne dødeligheten blitt redusert og er nå tilbake på nivået på 1970-tallet. Nivået per 100 000 er nå henholdsvis rundt 16 for menn og knapt 7 for kvinner.

Dødeligheten kraftig ned i Oslo og Akershus

Oslo og Akershus har siden slutten av 1980-tallet gått fra å ha nest høyest til nest lavest dødelighet blant landsdelene. Mennene har hatt størst nedgang, men kvinnene har også hatt nedgang. Ingen annen landsdel har hatt så markert reduksjon i dødelighet som Oslo og Akershus. Årsaken kan være at nedgangen i røyking kom tidligere til hovedstadsregionen enn til andre deler av landet.

Hedmark og Oppland har hatt en helt annen utvikling. Landsdelen hadde tidligere lav dødelighet, men ligger nå nest høyest, kun slått av Nord-Norge. For både hjerte- og karsykdommer, kreft og KOLS har landsdelen hatt en dårligere utvikling enn landet som helhet. For KOLS er dødeligheten fremdeles stigende, noe som kan skyldes senere røykkutt enn i andre landsdeler.

Både Sør-Østlandet og Agder og Rogaland ligger alt i alt rundt gjennomsnittet for dødelighet av de fleste dødsårsaker. Unntaket er KOLS, som lenge har hatt høy dødelighet blant menn. Etter tusenårsskiftet har også landsdelene hatt høy KOLS-dødelighet blant kvinner. Av alle landsdelene har Sør-Østlandet nå høyest KOLS-dødelighet for kvinner.

Vestlandet har hatt, og har fremdeles, lavest dødelighet av alle landsdelene for alle årsaker, unntatt kreft, der landsdelen ligger nær gjennomsnittet.

Trøndelag følger landsgjennomsnittet, litt lavere for kreft og KOLS og litt høyere for hjerte- og karsykdommer.

Nord-Norge har stor forskjell i dødelighet mellom kjønnene. Mennene ligger på topp i dødelighet alt i alt, og særlig for hjerte- og karsykdommer, mens kreftdødeligheten er på linje med landsgjennomsnittet. Ulykkesdødeligheten er høyest i landet, noe som kan henge sammen med at forholdsvis mange har ulykkesutsatte yrker, som blant annet fiske (Borgan 2009). Nordnorske kvinner har imidlertid bare marginalt høyere dødelighet enn landsgjennomsnittet.

Færrest aborter i Agder og Rogaland

Aborthyppigheten, målt med antall aborter per 1 000 kvinner 15-49 år, endret seg lite i løpet av de første sju åra etter at lov om selvbestemt abort trådte i kraft i 1979. På slutten av 1980-tallet steg abortraten til sitt hittil høyeste nivå, 15,5 i 1989. Etter den tid kom en periode med stadig fallende abortrate, til det lavest registrerte nivået på 12,7 i 2002. Etter den tid har raten steget igjen og var i 2008 på 14,5 aborter per 1 000 kvinner 15-49 år.

Det har vært en vedvarende ulikhet i aborthyppighet mellom landsdelene. Agder og Rogaland har alltid hatt den laveste aborthyppigheten, fulgt av Vestlandet. Høyest har den vært i Oslo og Akershus samt Nord-Norge. Selv om det i så måte ikke er noen endring i rangeringen mellom landsdelene, er det likevel en tendens mot utjevning i nivået.

Vi går oftere til allmennlege

Antall årsværk utført av både leger og fysioterapeuter i kommunehelsetjenesten øker fra år til år. Fra 2007 til 2008 kom det 137 nye legeårsværk i kommunene. Antallet leger per 10 000 innbyggere økte dermed fra 9,3 til 9,5. Den prosentvise økningen av legeårsværk var størst i institusjoner for eldre og funksjonshemmede. Utvalgsundersøkelsen Sentrale data for allmennlegetje-



nesten (SEDA) viste for åra 2004-2006 at om lag 30 prosent av konsultasjonene hos fastlege var med personer i alderen 45-64 år.

Pasienter med mer enn fem konsultasjoner hos allmennleger de siste tolv månedene har økt for alle landsdeler, med unntak av Trøndelagsfylkene. Størst økning har det vært i Agder og Rogaland og på Vestlandet. Mens hver tiende pasient hadde mer enn fem konsultasjoner hos allmennleger i 1998, gjaldt dette hver femte pasient i 2008. Det har også vært en liten økning (1-2 prosentpoeng) i andelen som har brukt psykolog fra 1998 til 2008. Dette gjelder alle landsdeler, med unntak av Nord-Norge.



Store forskjeller i tannlegebesøk

Tre av fire har konsultert tannlege de siste tolv månedene (2008). Det er en liten økning i forhold til 2002. Det er imidlertid ganske store regionale forskjeller – i 2002 var andelen som hadde vært hos tannlege i løpet av de siste tolv månedene i landsdelene Vestlandet og Nord-Norge, markert lavere enn for de andre landsdelene. For Nord-Norge var andelen kun 56 prosent. For Vestlandet har imidlertid andelen i 2008 økt vesentlig, slik at landsdelen ligger på samme nivå som blant annet Oslo og Akershus.

Fylkene fra Trøndelag og nordover kommer dårligst ut når det gjelder konsultasjoner hos tannlege de siste tolv månedene; spesielt ille er det når alder trekkes inn. I Trøndelagsfylkene hadde 70 prosent i aldersgruppa 67 år og over konsultert tannlege de siste tolv månedene, mens tallet for de nordligste fylkene var kun 55 prosent. Andelen for Oslo og Akershus samt Agder og Rogaland er over 88 prosent i samme aldersgruppe.

Den samme tendensen kan vi se når det gjelder gjennomsnittlig antall tenner med hull hos tolvåringer. Jo lenger nord man kommer i landet, jo flere hull er det i tennene. Finnmark hadde i gjennomsnitt flest hull hos tolvåringer (2,1) i 2008, mens fylket med færrest hull i tennene i denne aldersgruppa var Hedmark (1,0).

Når det gjelder sysselsatte personer i tannhelsetjenesten (tannleger og tannlegespesialister), ser det ikke ut til å være store forskjeller på nord og sør i landet, derimot er det markert flere tannpleiere spesielt i Nord-Norge (3,5 per 10 000 innbyggere). Geografiske årsaker og lange avstander til tannlege kan ha betydning for antall konsultasjoner hos tannlege.

Pleie- og omsorgstjenester – nordlige fylker på toppen

Over 260 000 mennesker mottok minst én form for pleie- og omsorgstjeneste ved utgangen av 2008, som er en andel på 5,4 prosent (se tekstboks for definisjon). I forhold til folketallet var andelen som mottok pleie- og omsorgstjenester, høyest i Hedmark og Oppland og lavest i Oslo og Akershus. Noe av denne ulikheten skyldes ulik aldersfordeling i landsdelene. Blant personer i alders-



gruppene 0-66 år og 67-79 år i Oslo og Akershus var det likevel en lavere andel av befolkningen som fikk pleie- og omsorgstjenester, enn i de øvrige landsdelene. Etter fylte 80 år var denne andelen over gjennomsnittet i Oslo og Akershus. I Hedmark og Oppland var bildet motsatt, med en høy andel for dem under 80 år og et nivå nær gjennomsnittet blant de eldste.

Trøndelag og Nord-Norge hadde en høyere andel mottakere av disse tjenestene enn gjennomsnittet i alle aldersgrupper, mens andelen mottakere på Vestlandet var lavere enn gjennomsnittet for alle aldersgrupper.

Flest med hjemmehjelp i Oslo og Akershus

Nær to av tre mottakere av pleie- og omsorgstjenester mottok hjemmehjelp og/eller hjemmesykepleie i 2008. Fordelingen etter landsdel i de ulike aldersgruppene fulgte samme mønster som for alle pleie- og omsorgstjenester under ett.

Vel en av fire mottakere av hjemmetjenester mottok bare praktisk bistand eller hjemmehjelp. De øvrige mottok hjemmesykepleie enten alene eller i kombinasjon med praktisk bistand/hjemmehjelp. Bortsett fra Oslo og Akershus er denne andelen tilnærmet lik mellom landsdelene. Andelen uten hjem-

SSBs pleie- og omsorgsstatistikk

SSBs pleie- og omsorgsstatistikk består av tall over plass i institusjon, hjemmesykepleie eller praktisk bistand, tiltak som trygghetsalarm, omsorgslønn, avlastning, støttekontakt eller plass på dagsenter.

Spesialisthelsetjenestens inndeling i regioner

Helse Sør-Øst. Fylkene: 01 Østfold, 02 Akershus, 03 Oslo, 04 Hedmark, 05 Oppland, 06 Buskerud, 07 Vestfold, 08 Telemark, 09 Aust-Agder og 10 Vest-Agder

Helse Vest. Fylkene: 11 Rogaland, 12 Hordaland og 14 Sogn og Fjordane

Helse Midt-Norge. Fylkene: 15 Møre og Romsdal, 16 Sør-Trøndelag og 17 Nord-Trøndelag

Helse Nord. Fylkene: 18 Nordland, 19 Troms og 20 Finnmark

SSBs spesialisthelsetjenestestatistikk

omfatter tall over sykehus og institusjoner innenfor somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenestene er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999.

mesykepleie lå imidlertid om lag 10 prosentpoeng høyere i Oslo og Akershus enn i landet for øvrig.

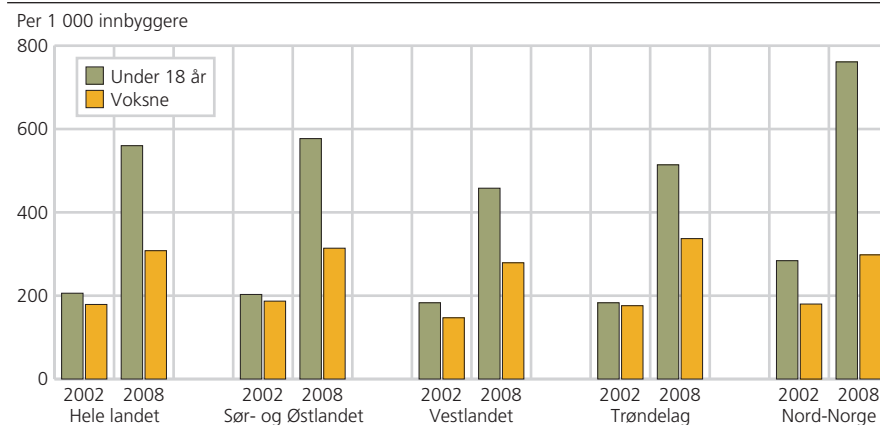
Det var totalt 42 000 beboere i institusjoner for eldre og funksjonshemmede i 2008, det vil si 9 per 1 000 innbyggere. I aldersgruppene over 67 år var det klart flest institusjonsboere i Nord-Norge og færrest på Sør-Østlandet. Årsverk i pleie- og omsorgstjenestene var 121 200 i 2008. Tallet tilsvarer 0,46 årsverk per mottaker. Det er Vestlandet og Nord-Norge som har flest årsverk per mottaker.

At Nord-Norge bruker større ressurser på pleie- og omsorgstjenester enn andre landsdeler, kan skyldes at kommunene i denne landsdelen får større overføringer fra staten enn kommuner andre steder. Dette kan nok begrunnes med at de lange avstandene i landsdelen krever flere ressurser. Kanskje er også behovet større på grunn av helseulikheter mellom landsdelene? Nord-Norge har lenge vært landsdelen med det høyeste dødelighetsnivået, mens dødeligheten har vært lavest på Vestlandet. Det er trolig at slike ulikheter, som kan tyde på større sykkelighet, også gjenspeiles i ulikheter i pleiebehovet for befolkningen. I tillegg kan det kanskje tenkes at de vedvarende flyttestrømmene fra Nord-Norge gjennom hele etterkrigstiden har ført til at mange eldre i landsdelen har sine pårørende så langt borte at de ikke kan få hjelp i det daglige. Da kan en institusjonsplass være den eneste løsningen for mange.

Psykisk helsevern for ungdom varierer fortsatt

Sammenlikner man åra 2002 og 2008 regionalt, har døgnplasser for psykisk helsevern blant unge under 18 år per 1 000 innbyggere steget i alle regionene med unntak av Helseregion Sør-Øst (se tekstboks for definisjon). I helseregionene i Vest- og Midt-Norge har antallet døgnplasser steget mest. I tillegg har antall polikliniske konsultasjoner steget markant fra 2002; i alle regionene har disse steget over 150 prosent.

Figur 4. Polikliniske konsultasjoner, psykiatri, per 1 000 innbyggere. Aldersgruppene under og over 18 år, etter landsdeler. 2002 og 2008



Kilde: Spesialisthelsetjenestestatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Prioriteringen av psykisk helsevern for unge under 18 år de siste sju åra har medført at forskjellen på tilbudet mellom regionene er blitt mindre, men likevel er det forskjeller. Liggetid per innleggelse er 51 dager for Helseregion Sør-Øst, mens den er lavest i Helseregion Midt-Norge, med 22 dager.

Færre voksne legges inn på psykiatriske avdelinger

Voksenpsykiatrien har også hatt en økonomisk vekst fra 2002 til 2008. Antall dager per innleggelse for dem over 18 år har endret seg markant. I motsetning til psykisk helsevern for unge har andelen døgnplasser hatt en ganske stor nedgang, fra 510 i 2002 til 380 per 1 000 innbyggere i 2008. Den største nedgangen var i Helseregion Vest, den minste i Helseregion Nord.

I 2002 var det ganske store regionale forskjeller i liggetid per innleggelse. Disse forskjellene har nå blitt mye mindre. Antall polikliniske konsultasjoner har – i likhet med psykisk helsevern for unge – også steget markant, men ikke like mye. De regionale forskjellene i behandlinger av psykisk syke totalt ser ut til å ha jevnet seg mer ut i perioden – selv om det fremdeles er noen forskjeller (se figur 4).

Levekårsundersøkelsen i 2008 viste at kvinner oftere oppsøker psykolog enn menn. I alt 5 prosent av kvinnene oppga å ha konsultert en psykolog i løpet av de siste tolv månedene, mot bare 3 prosent av mennene. Jo yngre kvinnene var, jo hyppigere svarte de at de hadde kontaktet psykolog i perioden. Ser man på regioner, er det ingen store forskjeller blant menn i landet (mellom 2-3 prosent), men blant kvinner er det flest som oppsøker psykolog i Oslo og Akershus og Trøndelagsfylkene.



Aldersstandardisert dødelighet med WHO's europastandard

Den aldersstandardiserte dødelighetsraten beregnes ved at de aldersbestemte dødelighetsratene (årlig gjennomsnittlig antall dødsfall i en aldersgruppe i en landsdel over en femårsperiode, dividert med gjennomsnittlig middelfolkemengde i perioden i samme aldersgruppe i den samme landsdelen) multipliseres med vektene gitt nedenfor, og produktene summeres over alle aldre. Summen deles så med 100. Den aldersstandardiserte dødelighetsraten i en landsdel vil være lik dødelighetsraten i landsdelen (uavhengig av alder) hvis landsdelen hadde en relativ aldersfordeling lik fordelingen i standardbefolkningen.

Alder	Vekt	Alder	Vekt	Alder	Vekt
0-4 år	8	35-39 år	7	70-74 år	3
5-9 år	7	40-44 år	7	75-79 år	2
10-14 år	7	45-49 år	7	80-84 år	1
15-19 år	7	50-54 år	7	85 år og over	1
20-24 år	7	55-59 år	6	Sum	100
25-29 år	7	60-64 år	5		
30-34 år	7	65-69 år	4		

Referanser

Borgan J-K (2007): «Dødelighetsforskjeller i by og land: farligere i byen?» i *På liv og død. Helsestatistikk i 150 år*; Statistiske analyser 94, Statistisk sentralbyrå.

Borgan J-K (2009): *Yrke og dødelighet 1960-2000*, Rapporter 2009/5, Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå: *Samfunnspeilet*, Sosiale indikatorer 2008, 5/6 2008.

Statistisk sentralbyrå: Dødsårsaksstatistikk, <http://www.ssb.no/dodsarsak/>

Statistisk sentralbyrå: Spesialisthelsetjenestestatistikk, <http://www.ssb.no/emner/03/02/sykehus/>

Statistisk sentralbyrå: Pleie- og omsorgsstatistikk, <http://www.ssb.no/helsetjko/>

Statistisk sentralbyrå: Pasientstatistikk, <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>

Levekårsundersøkelsen 1998, 2002, 2005, 2008, <http://www.ssb.no/emner/03/01/helseforhold/>

Statistisk sentralbyrå: Røyking i Norge, <http://www.ssb.no/royk/>

SEDA – Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006. Ny statistikk fra allmennlegetjenesten? http://www.ssb.no/emner/03/90/rapp_200715/